FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1898 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 22 décembre 1898, à 1 heure

Par

PEDRO CARLOS MORALÈS

Né à Cariaco (Venezuela), le 4 décembre 1859,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES Cancers du larynx

Président : M. PAUL BERGER, *professeur.*
Juges : MM. RAYMOND, *professeur.* CHARRIN et QUÉNU, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1898

LIBRAIRIE
JACQUES LECHEVALIER
6, Rue Racine, PARIS VI.

16

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 22 décembre 1898, à 1 heure

Par

PEDRO CARLOS MORALÈS

Né à Cariaco (Venezuela), le 4 décembre 1859,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES Cancers du larynx

---

Président : M PAUL BERGER, *professeur.*
Juges : MM. RAYMOND, *professeur.* CHARRIN et QUENU, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS
JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE,
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique opthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André).	HARTMANN	MERY	WALTHER
CHARRIN	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
Pierre DELBET	LEGUEU	TEISSIER	
		THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : **M. Ch. PUPIN.**

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

CÉSAR GREGORIO RIVAS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôpital de la Pitié
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Dans les cancers du larynx

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous est venue à l'occasion d'un cas de cancer du larynx traité par la laryngectomie : l'opération menée suivant la méthode de M. Périer n'a présenté en elle-même rien de particulier; le résultat promettait d'être favorable lorsque quelques jours après l'intervention, s'est produit un accident qui a coûté la vie au malade : la trachée fixée par des points de suture à la peau de la fourchette sternale s'est rétractée entraînant les fils à sa suite : la mort est survenue par asphyxie mécanique et par broncho-pneumonie.

Cette complication nous a paru d'autant plus intéressante que nous l'avons retrouvée dans une observation si

milaire : nous la signalons dans le présent travail, en insistant sur son mode de production.

Sans nous en tenir exactement à la laryngectomie, nous nous sommes demandé où en était la question, à l'heure actuelle, sur le traitement chirurgical des cancers du larynx : nos conclusions n'ont pas malheureusement la précision que nous aurions souhaité ; espérons cependant qu'une thérapeutique aussi délicate que celle que nous envisageons bénéficiera dans une faible part de notre étude critique.

Avant d'aborder la carrière médicale, qu'il nous soit permis d'adresser ici, l'expression de notre entière gratitude à tous nos maîtres dans les hôpitaux.

Que M. le professeur Berger veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance ; nous ne saurions trop le remercier de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

EXPOSÉ DE LA QUESTION

Suivant que les tumeurs malignes se développent dans a cavité du larynx ou aux dépens de ses cartilages, on les divise en tumeurs *intrinsèques* et tumeurs *extrinsèques*.

La première forme de cancer envahit la muqueuse, de préférence au niveau d'une des cordes vocales, évolue généralement avec lenteur et ne s'accompagne que rarement d'adénopathie volumineuse.

Le cancer extrinsèque envahit d'emblée les cartilages, s'étend aux parties molles voisines et aux ganglions du cou.

Cette division n'est pas moins justifiée, à notre avis, au point de vue du traitement chirurgical, qu'au point de vue de l'évolution des tumeurs. Aussi et pour nous débarrasser du groupe des cancers extrinsèques, dirons-nous que le seul traitement qui leur convient est la laryngectomie totale accompagnée d'une extirpation des parties molles suspectes aussi large que possible : il n'y a pas à ce sujet, de doute possible : dans tous les cas on fera l'extirpation du larynx et sans anticiper, disons que la

meilleure opération qu'on puisse faire est l'opération de Périer.

Il n'en va pas de même les cancers intrinsèques : la question n'est nullement tranchée en ce qui les concerne ; et l'on comprend fort bien devant la gravité des laryngectomies, que beaucoup de chirurgiens se refusent à la pratiquer pour accorder la préférence à la laryngotomie.

Voici comment se pose le problème : en présence d'un cancer intrinsèque du larynx, à quel procédé doit-on s'adresser ? Faut-il sacrifier l'organe entièrement de peur d'une récidive, ou doit-on s'en tenir à une taille laryngée ; les deux opinions ont leurs partisans et fort éminents.

L'observation qui nous est personnelle et qu'on trouvera rapportée plus loin est un cas malheureux pour la laryngectomie, elle nous ferait plutôt pencher en faveur de la laryngotomie.

Quoi qu'il en soit, une étude critique des différentes méthodes nous paraît intéressante.

I. — LARYNGECTOMIE

L'extirpation du larynx sans trachéotomie préalable a été faite, en France, pour la première fois par M. Périer; il en a fixé définitivement le manuel opératoire.

Nous nous contenterons de rappeler sommairement les différents temps de son procédé qu'on trouvera décrit en détail dans une thèse récente de la Faculté de Paris (1).

Le larynx est abordé par une incision en H renversée, deux incisions transversales, l'une supérieure au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne, l'autre inférieure au niveau du quatrième anneau de la trachée, sont reliées par une incision verticale médiane; les deux volets latéraux ainsi obtenus, sont réclinés. Deux fils en anse sont passés dans l'épaisseur et de chaque côté de la trachée; celle-ci est attirée en avant à l'aide des deux fils; une sonde canelée la libère en arrière et sur les côtés; on la divise franchement dans l'espace compris entre deux anneaux; on y introduit une canule spéciale destinée à empêcher l'accès du sang dans les voies respiratoires; le

1. 1894, Th. de Perruchet. *Laryngectomie sans trachéotomie préalable.*

larynx solidement saisi est réséqué de bas en haut et détaché de ses connexions avec le pharynx en arrière, la langue et l'épiglotte en haut aussi loin que l'exige l'étendue du néoplasme.

La trachée est suturée sur tout son pourtour à l'angle inférieur de la plaie ; la peau est réunie sur la ligne médiane, entièrement sur le milieu de l'incision ; on la suture en haut aux bords de l'ouverture pharyngienne qu'on laisse aussi petite que possible et par où on pratiquera l'alimentation artificielle au moyen d'une sonde œsophagienne.

Le procédé imaginé par M. Périer a fait de la laryngectomie, il faut bien le reconnaître, une opération d'un manuel opératoire parfaitement réglé, d'une exécution rapide : on ne s'occupe pour ainsi dire pas de la trachée ; tout danger étant écarté du côté des voies respiratoires on n'a pas d'autre préoccupation que de dépasser les limites du mal ; les difficultés qu'on rencontre parfois au niveau des gros vaisseaux du cou tiennent à l'extension du néoplasme et non pas spécialement au larynx.

Voici d'ailleurs, au sujet de cette opération l'opinion autorisée du professeur Terrier, « c'est là désormais (1) le procédé opératoire qui doit être préféré. L'opération est plus simple qu'on ne le croit ; la respiration n'est troublée à aucun moment ; la plaie est suturée dans toute son étendue et par conséquent la guérison très rapide. »

Nous partageons entièrement cette opinion pour ce qui est de la facilité de l'opération ; quant à la suture de la

(1) Terrier. — *Annales de laryngologie et d'otologie* 1896.

plaie tout entière, elle est bien rarement possible et c'est là une des causes de gravité de l'intervention.

Jugeant les résultats de la laryngectonnie, M. Terrier constate que « les 2/5 des opérés meurent après l'opération aujourd'hui comme autrefois ».

La thèse de Perruchet parue en 1894, consigne quatre succès sur cinq opérations ; malheureusement cette statistique est numériquement insuffisante pour nous renseigner d'une façon exacte ; les quelques observations publiées d'autre part, ne donnent que des guérisons ; peut-être ne doivent-elles leur mise au jour qu'à leur heureux résultat.

Tout en appréciant à sa valeur, qui nous paraît incontestable, le procédé de M. Périer, nous tenons à insister sur un accident post-opératoire que nous avons constaté dans notre cas et qu'il nous a été facile de retrouver dans d'autres observations. Il s'agit de la *rétraction secondaire de la trachée* tirant sur les fils qui la maintiennent et qui n'en préviennent pas toujours la chute complète dans le médiastin. S'exprimant sur les prétendus avantages de la trachéotomie préventive précoce, voici l'opinion que nous trouvons exposée dans la thése plus haut mentionnée (1).

« On a dit que le tissu de cicatrice qui se formait autour de la canule, maintenait la trachée et l'empêchait de descendre plus bas ; mais à quoi bon cette précaution quand la trachée est suturée à l'angle inférieur de la plaie ».

La suture semblerait devoir réaliser dans la plupart des

1. Perruchet, *loc. cit.*

cas une bonne fixation de la trachée : il doit en être ainsi quand la plaie n'est pas infectée ; chez le malade dont nous rapportons l'observation, par suite de l'infection de la plaie, les fils ont coupé la peau et la trachée a abandonné sa position pour descendre vers la médiastin : il en est résulté une gêne considérable de la respiration ; les mucosités bronchiques se sont déversées dans le tissu cellulaire péritrachéal et le malade a succombé tant à l'asphyxie mécanique qu'à la broncho-pneumonie infectieuse qui a suivi ce retrait du conduit trachéal.

Nous signalons cette complication dont ne fait pas mention le travail de Perruchet.

En parcourant les observations personnelles publiées dans cette thèse (1), nous avons vu cependant que chez un des opérés, le seul d'ailleurs qui soit mort de pneumonie, un accident semblable s'est produit ; cette observation est consignée plus loin, à la suite de la nôtre ; on jugera de l'analogie par les quelques lignes qui suivent : quelques jours après l'opération « la plaie est enflammée, les points de suture de la trachée ont cédé sur tout le pourtour et celle-ci s'est abaissée... Suppuration abondante de la plaie... »

Plus loin « cyanose prononcée des lèvres ; la trachée est *descendue profondément* ».

Cette complication existe donc, et il faut compter avec elle.

De même, chez le malade qui fait l'objet de l'observation III, M. Périer pratique la laryngectomie le 12 juin

1. *In Thèse de Perruchet,* 1894, p. 49. Obs. II de notre thèse.

1893, les jours qui suivent l'opération, rien de particulier ne se produit, si ce n'est une infection de la région caractérisée par de la rougeur de la plaie ; « le 22 juin on constate que la trachée a une tendance à descendre ; il se forme à son niveau une sorte d'infundibulum ».

Dans l'observation III (1) nous relevons encore le cas d'un opéré chez qui au lendemain de la laryngectomie « la trachée a une tendance à descendre et entraîne es bords de la peau qui font soupape. On place une canule à trachéotomie. Dans la soirée, cyanose, difficultés pour respirer; écouvillonnage de la trachée ».

La trachée a naturellement une tendance à se rétracter; les points de suture destinés à la maintenir ne remplissent cette condition que s'ils échappent à l'infection ; et il est bien difficile dans une plaie en communication avec le pharynx de réaliser une asepsie même relative ; on peut tout au plus arriver à atténuer l'infection par une surveillance attentive de la plaie et par des soins de propreté minutieux.

Dans tous les cas, il est indispensable de ne laisser qu'une ouverture du pharynx minima. L'idéal souvent rréalisable, consisterait à l'oblitérer complètement comme l'a fait Bardenhauer. Voici comment procède ce chirurgien (2) : « Il établit une sorte de toit protecteur entre la cavité buccale qu'il isole. Pour cela, on isole la paroi antérieure de l'œsophage d'une part et la muqueuse

1. Perruchet, *ibid.*

2. Bardenhauer. *Deutsche. méd. Vochenschrift*, 1890 (Cité par Perruchet.)

sous-jacente à l'épiglotte d'autre part, aussi loin que faire se peut, et, une fois enlevée, on les suture. Au besoin, on avive les bords de l'épiglotte pour les suturer à l'œsophage ». Ce procédé a donné à Bardenhauer quatre succès sur quatre opérations, cette fermeture du pharynx réalise pour la plaie cutanée des conditions idéales d'asepsie ; les chances de broncho-pneumonie par propagation sont réduites au minimum.

Malheureusement, nous croyons que cette méthode idéale doit être rarement applicable aux cas vraiment justiciables de la laryngectomie ; ou bien le néoplasme intrinsèque a respecté l'épiglotte et est-il resté localisé dans une zone assez restreinte du larynx et en pareil cas tout chirurgien doit opter pour la laryngotomie ; ou bien la tumeur a envahi la muqueuse du larynx sur une vaste étendue (épiglotte, vestibule du larynx) et dans ces cas, il est illusoire de compter sur des lambeaux muqueux capables de se prêter au plan opératoire préconisé par Bardenhauer.

Le plus souvent on sera réduit dans une laryngectomie à réduire le plus possible l'ouverture du pharynx et c'est là une précaution qui nous paraît indispensable.

Puisqu'il faut presque toujours compter avec les accidents infectieux, peut-être pourrait-on, par un moyen assez simple mais que nous ne pouvons guère apprécier, ne l'ayant pas mis à exécution, lutter contre la rétraction trachéale : « ce moyen consisterait à fixer l'orifice du conduit au sternum par un fil traversant l'os et prenant toute l'épaisseur de la trachée.

Il nous paraît aussi, très utile de passer dans la tra-

chée deux fils d'attente sortant par la plaie et grâce auxquels on pourrait remettre en bonne position la trachée descendue.

En résumé nous croyons que la laryngectomie a, malgré sa gravité, ses indications formelles; elle est seule possible dans tous les cas de cancer extrinsèque. Quant aux cancers intrinsèques, deux cas peuvent se présenter :

1° La muqueuse laryngée est envahie dans sa presque totalité, la muqueuse de l'épiglotte est suspecte ; en somme il y a infiltration cancéreuse assez étendue ; en présence de cette éventualité la laryngectomie seule donne des garanties suffisantes au point de vue de la récidive.

Mais même en pareil cas on n'est autorisé à faire l'extirpation totale qu'après s'être assuré, de visu, par la laryngotomie préalable de l'étendue exacte des lésions. Tel est l'avis de M. Périer lui-même qui, dans une communication à l'Académie de Médecine (1), exprime son opinion à ce sujet.

Après avoir lu deux observations de papillomes du larynx opérés sans difficulté par la laryngotomie il déclare que la taille laryngée pratiquée comme il l'a fait dans ces deux cas est une opération excellente, sans danger immédiat, sans complications possibles et que c'est peut-être par cette opération que le chirurgien doit commencer lorsqu'il fait la laryngectomie.

1. *Bull. Ac. de médecine*, 1895.

C'est la conduite qu'a suivie M. Faure lorsqu'il a opéré le malade dont l'observation inédite est rapportée plus loin : le larynx semblait extérieurement sain, pas de ganglions du cou, aucune modification dans la mobilité de l'organe ; le diagnostic de cancer cavitaire était fait : ainsi commença-t-on par une exploration du larynx. Ce temps opératoire ne complique nullement l'intervention ; et il peut, dans certains cas, autoriser une conservation de l'organe.

Avant d'aborder la question de la laryngectomie elle-même, nous croyons devoir poser la règle suivante :

Malgré sa facilité certaine d'exécution, la laryngectomie est une opération extrême qui n'est justifiée que par l'impossibilité, en dehors d'elle, de dépasser les limites du mal ; elle est excellente et même seule possible toutes les fois qu'il y a envahissement des tissus voisins. Dans tous les autres cas, lorsque la cavité seule est néoplasique, il ne faut s'y décider qu'après avoir tenté une intervention moins importante, sans danger : la laryngotomie ; celle-ci a donné comme nous allons le voir, à certains chirurgiens, d'assez beaux succès pour que loin d'être éliminée dans les cas de néoplasme laryngée, on s'adresse à elle avec l'espoir d'en tirer de bons résultats.

LARYNGOTOMIE

La laryngotomie consiste à ouvrir le larynx, dans le but soit de l'explorer, soit d'extirper une tumeur intra-cavitaire : cette opération qui s'applique aux cas où l'extirpation par les voies naturelles est jugée impossible a donné, dans les cas de tumeurs bénignes ; des résultats aussi satisfaisants que possible : c'est la méthode de choix ; on ne compte plus les interventions ainsi pratiquées ayant amené la guérison.

Pour les tumeurs malignes, malheureusement, la question est plus complexe ; on verra plus loin combien l'opinion des chirurgiens est divisée à ce sujet.

Il est cependant un premier point qui nous paraît acquis : c'est que dans tous les cas sans exception de cancer intrinsèque au début, on doit attendre de la taille laryngée les meilleurs effets. Nous voulons parler des néoplasmes encore limités à la corde vocale. On peut lire, à ce sujet, avec fruit, la narration détaillée faite par les Drs de Bergmann et Gerhardt de la maladie du Kronprinz ; tout-à-fait au début de son affection la tumeur se présentait sous forme d'une nodule siégeant au niveau d'une corde vo-

cale ; après quelques séances de cautérisation par les voies naturelles, suivies d'insuccès et même d'aggravation du mal on se décida à la laryngotomie lorsque l'intervention d'un médecin Anglais (Mackenzie), força à remettre à plus tard l'opération : tout permet de croire qu'à ce moment elle eût donné un bon résultat.

Malheureusement il existe peu de cas de néoplasme opéré dès le début de son évolution : nous croyons pouvoir affirmer qu'un cancer au début est justiciable d'une laryngotomie tout comme un papillome.

Le manuel opératoire n'est pas tout à fait fixé encore : tout d'abord pour ce qui est de la trachéotomie préventive, les chirurgiens ne s'entendent pas ; les uns s'en abstiennent et font l'opération en donnant au malade la position de Rose, jugeant la déclivité de la tête suffisante pour empêcher l'écoulement de sang dans les voies respiratoires.

De cet avis est M. Périer qui donne là-dessus quelques explications intéressantes dans un mémoire lu à l'Académie de médecine en 1895 : il s'agit de deux malades atteintes de papillomes du larynx ; l'intervention pratiquée a consisté dans la laryngotomie sans trachéotomie préliminaire ; la position de Rose n'a pas été employée ; on s'est contenté d'opérer à sec pour ainsi dire en faisant une hémostase aussi soignée que possible ; on ne s'est jamais écarté de la ligne médiane et sur cette zone les vaisseaux intéressés sont insignifiants ; dans chaque cas, le larynx a été refermé ; les malades rapportées dans leur lit et aucun accident n'est survenu.

Dans sa communication M. Périer dit qu'il a connais-

sance d'un cas opéré d'une façon analogue par M. Tillaux, cas qui d'ailleurs n'est pas publié.

Cette méthode opératoire présente dans les cas de cancer trop de dangers pour que nous voulions la généraliser ; on ne peut pas prévoir les difficultés d'extirpation d'un néoplasme : l'opération n'est que rarement réglée, aussi, recommandons-nous de s'adresser soit à la position de Rose, soit, et de préférence à la trachéotomie ; la canule de Trendelenburg donne le plus de sécurité.

Après avoir ouvert la trachée on procède à la taille du larynx ; nous n'avons rien de spécial à dire sur l'incision : elle sera faite sur l'angle saillant du cartilage thyroïde et le long de son arête ; dans quelques cas cette section est difficile à cause de l'ossification ; pour peu qu'on ait besoin de jour, il ne faut pas hésiter à prolonger en haut et en bas l'incision ; on ne saurait trop élargir le champ opératoire quand il s'agit de la tumeur maligne.

L'écartement des deux lames thyroïdiennes donne en général un jour suffisant.

Dans les cas où l'opération semble ne pas devoir être complète on fait la laryngectomie.

On termine l'opération en rapprochant simplement les deux volets cartilagineux et en suturant la plaie cutanée ou bien en suturant le plan profond et le plan superciel.

Voici quelle est l'opinion de quelques chirurgien à propos de la laryngotomie dans le cas de cancer du larynx ; Schwartz dans sa thèse d'agrégation, ne lui accorde qu'une médiocre confiance, en raison surtout des nombreux insuccès de cette méthode ; il fait pourtant quel-

ques réservés en présence des deux guérisons définitives obtenues déjà à cette époque.

« En résumé, nous croyons que malgré l'ouverture la plus large possible du larynx en faisant la laryngotomie totale, cette opération n'a pas les avantages que lui assignait Désormeaux dans un mémoire bien connu et lu à l'Académie de médecine. Il faut des conditions exceptionnellement bonnes de localisation du cancer, de nature de la tumeur, de diagnostic précoce, pour obtenir un résultat comme celui qu'obtinrent Billroth par exemple et Bœckel... Cependant, nous sommes loin de rejeter la thyrotomie; nos ressources contre les tumeurs malignes sont assez maigres pour que nous ussions même des méthodes opératoires qui ne donnent que des succès exceptionnels du moment qu'elles n'entraînent pas un notable danger pour l'existence ».

Nous ferons remarquer, après avoir cité cette opinion qui, à l'époque où elle fut émise était plus fondée qu'aujourd'hui, que la belle observation de Bœckel a trait à un malade dont la tumeur s'était développée depuis deux ans ; une opération à cette date est loin d'être précoce ; de plus le néoplasme n'était pas localisé.

Nous avons recueilli quelques observations de laryngotomie pour cancer avec heureux résultat: les cas sont surtout nombreux à l'étranger où semble s'être produit, dans ces dernières années, un mouvement en faveur de cette opération. La plus démonstrative de ces opérations appartient cependant à un chirurgien français, Bœckel : rien n'y manque ; la tumeur est ancienne, histologiquement le diagnostic ne laisse aucun doute, sur la malignité

du néoplasme ; celui-ci n'est pas circonscrit ; malgré ces conditions, le résultat a été idéal, tant au point de vue fonctionnel, puisque la voix est complètement revenue, qu'au point de vue de l'absence de récidive puisque quatre ans après l'intervention le malade a été revu en parfaite santé ; nous sommes habitués à compter la durée de quatre ans sans récidive comme une moyenne très respectable en matière de tumeurs malignes.

Dans une thèse soutenue à la faculté de médecine de Paris en 1895 (1), sur la laryngotomie, nous trouvons exprimée une opinion pessimiste en ce qui concerne l'opération appliquée au cancer ; cette opinion s'appuie sur une statistique malheureuse et l'auteur l'attenue par le correctif suivant (2) « une des conditions indispensables pour que la laryngotomie ne soit pas suivie de récidive, est la limitation de la tumeur.

D'où la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une intervention rapide. Car ces tumeurs limitées ne le sont-elles pas parce qu'elles sont examinées à une époque assez voisine de leur début, et réciproquement, une tumeur qui à l'examen se montre comme ayant envahi une partie du larynx n'a-t-elle pas eu une phase plus ou moins longue de localisation pendant laquelle on aurait pu avec quelques chances de succès en tenter l'ablation par la laryngotomie ».

Cet avis est aussi le nôtre ; c'est une banalité de dire que les chances sont d'autant plus grandes pour l'opéré

1. Th. Leseigneur. *Laryngotomie*, Paris 95.
2 Th. Leseigneur. *Laryngotomie*, Paris 95.

que l'intervention est plus près du début ; c'est particulièrement vrai pour le cancer du larynx puisqu'une ablation totale est toujours dangereuse à cause de la fréquence des pneumonies postérieures opératoires.

Observation I (personnelle).

Cancer intrinsèque du larynx. Laryngectomie locale par le procédé de Périer, après laryngotomie exploratrice. Mort par suite de la rétraction de la trachée.

Aub... Emile, menuisier, âgé de 43 ans, entre à l'hôpital Laënnec le 13 juillet 1898, salle Malgaigne, n° 25.

Il y a six mois a commencé à être enroué, sans cause; l'enrouement n'a fait que s'accentuer depuis lors pour aboutir à une aphonie complète ; rien dans ses antécédents ne permet d'expliquer ce trouble de la voix : ni syphilis, ni tuberculose. L'état général ne s'est nullement altéré : l'appétit est bon, pas d'amaigrissement.

L'examen laryngoscopique est pratiqué par M. Lubet-Barbon qui fait les constatations suivantes : l'espace glottique est occupée par une tumeur du volume d'une noix, irrégulière et d'aspect rosé; elle semble s'être surtout développée aux dépens de la partie gauche de la région glottique; de ce côté la muqueuse est comme soulevée par des saillies nombreuses constituant une véritable infiltration. Du côté droit rien, en apparence, d'anormal.

On pose le diagnostic de cancer du larynx. L'examen laryngoscopique peut seul en révéler l'existence; le malade n'a jamais

eu d'expectoration de sang ou de débris pouvant faire soupçonner la possibilité d'un néoplasme.

A la palpation, le larynx semble absolument normal ; les cartilages sont sains ; la mobilité du larynx est conservée, soit qu'on la provoque, soit qu'on l'examine dans les mouvements de déglutition. De plus, la tumeur constatée au miroir laryngoscopique n'a jamais donné lieu à des accidents de suffocation.

L'examen des ganglions est absolument négatif : pas de ganglions le long des sterno-mastoïdiens, ni en avant du larynx au niveau du ganglion prélaryngé.

Le diagnostic de cancer intrinsèque s'impose ; on se décide à une intervention chirurgicale consistant en une laryngectomie totale ou partielle.

Opération le 15 juillet pratiquée par M. Fauve, chirurgien des hôpitaux, dans le service de M. Reclus. — Anesthésie au chloroforme. Le malade est placé dans le décubitus horizontal, un billot sous les épaules pour tendre le cou.

Incision médiane partant en haut de l'os hyoïde s'arrêtant en bas vers les premiers anneaux de la trachée ; on commence par ouvrir le larynx pour tenter une extirpation pure et simple de la tumeur si cela est possible. Pour cela on incise de haut en bas, après avoir perforé la membrane thyro-hyoïdienne, le cartilage thyroïde, en son milieu ; les deux moitiés du cartilage sont écartées et on explore par la brèche ainsi pratiquée les limites de la tumeur : celle-ci, développée surtout à gauche, infiltre toute la corde vocale gauche, ainsi que la muqueuse environnante ; le côté droit ne semble pas indemne ; l'infiltration se prolongeant de ce côté.

De plus, point important, l'épiglotte elle-même est dégénérée, sa muqueuse est irrégulière, rugueuse, en somme fortement sus-

pecte ; la base de la langue inspire des craintes. Après cet examen rapide on se décide à faire l'extirpation totale du larynx.

L'incision est un peu prolongée vers le bas, de façon à découvrir la trachée ; celle-ci est libérée par quelques coups de sonde cannelée et les muscles sterno-hyoïdiens sont écartés ; on passe de chaque côté sur le conduit trachéal, deux fils de soie en anse, ne traversant pas la muqueuse, ces fils servent à maintenir le conduit. Par deux ou trois coups de ciseaux, on sectionne complètement la trachée, dont l'orifice inférieur béant est fortement attiré en avant ; rapidement, on introduit dans cet orifice un gros drain ayant à peu près le calibre de la trachée et long d'environ vingt centimètres. Pour annuler complètement l'espace vide qui pourrait exister entre le drain et la muqueuse trachéale, on serre modérément la trachée sur le drain, avec un fil de soie et l'anesthésie se poursuit. Le malade s'arrête de respirer à plusieurs reprises sans cependant être à aucun moment cyanosé.

On fait la dissection du larynx facilement ; les organes voisins (pharynx... vaisseaux du cou) sont sains à la partie inférieure et sur les côtés ; à la partie supérieure on constate que l'épiglotte est envahie de même que la base de la langue ; l'extirpation de ce côté est aussi large que possible ; on s'arrête lorsqu'on a constaté qu'il n'existe en aucun point de partie indurée.

Le pharynx est rétréci par quelques points de suture au catgut. La plaie cutanée est fermée en partie : elle reste ouverte à la partie supérieure où on applique au niveau de l'orifice pharyngien une mèche stérilisée ; en avant de l'ouverture de la trachée on place une compresse humide boriquée. Pansement sec, on introduit dans l'œsophage, par le nez, une sonde.

Le lendemain de l'opération le malade se trouve très bien, il n'y a pas eu le moindre schock. Dans la soirée, élévation de tempé-

rature : on défait le pansement, on détamponne la plaie et on coupe quelques crins ; rien d'anormal.

Le neuvième jour, la mèche du pansement imbibée de salive et rendue très lourde tombe en avant de l'orifice trachéal et détermine un accès de suffocation ; on y remédie immédiatement en enlevant cette mèche.

Les soies qui fixent la trachée ont coupé la peau, le conduit s'est détaché de la région cervicale et descendu vers le médiastin ; on en voit l'orifice béant à quelques centimètres derrière le sternum. Depuis lors, le malade va de plus en plus en plus mal ; il est pris de dyspnée avec asphyxie. Il meurt probablement de broncho-pneumonie le douzième jour.

Il n'a pas été possible de faire l'autopsie.

Observation II (1).

Epithélioma du larynx. Envahissement des ganglions, du pharynx et du corps thyroïde par le néoplasme. Laryngo-pharyngectomie sans trachéotomie préalable. Pneumonie. Mort.

F.... Jules, correcteur âgé de 57 ans, entré au service le 22 octobre 1893, n'a jamais eu de maladie antérieure grave.

Au mois de juillet, à la suite d'un refroidissement, il accuse de l'enrouement et une sensation de picotement au larynx. On le traite pour une laryngite simple jusqu'à ces derniers temps. Ne voyant pas survenir d'amélioration dans son état, il vient à la

1. *In thèse*, de Perruchet, 1894.

consultation de Lariboisière ou M. Gonguenheim porte le diagnostic de cancer du larynx.

A ce moment le malade présente une aphonie presque complète. une gêne considérable dans la déglutition et un cornage prononcé.

Pas de salivation, pas de tirage, pas d'hémorrhagie, si ce n'est le jour de son entrée où il expectora quelques crachats striés de sang. De temps à autre, suffocation extrêmement pénible. A la palpation on sent au niveau du cartilage thyroïde des bosselures indiquant l'envahissement des parties périphériques du larynx. Des ganglions assez volumineux sont sentis du côté gauche au niveau de la branche horizontale de la mâchoire ; enfin le larynx et l'œsophage paraissent soudés sans grande mobilité l'un sur l'autre.

L'état général est bon. Un peu d'emphysème. Rien au cœur ; pas d'albumine dans les urines.

L'extirpation du larynx ayant été proposée, M. Périer procède à l'opération le 24 octobre 1893.

Le malade est endormi au chloroforme par le procédé habituel. A l'incision de la peau, il s'écoule du pus au niveau de l'espace tyro-hyoïdien. La disssection est poursuivie en laissant adhérent au larynx une certaine quantité de tissu envahi par le néoplasme. Hémorrhagie veineuse assez abondante qui s'arrête par le tamponnement.

La trachée ne pouvait-être séparée de l'œsophage par la sonde cannelée, elle est sectionnée directement jusqu'à sa face postérieure la canule conique mise en place et le larynx enlevé. A ce moment, on s'aperçoit que toute la paroi antérieure du pharynx est envahie par le néoplasme, que celui-ci remonte en haut jusqu'à

a base de la langue. On enlève l'épiglotte, l'os hyoïde, et les ganglions y adhérant.

Le pharynx est réséqué presque en totalité et on ne laisse subsister qu'une petite portion de la face postérieure. Les sutures faites, il subsiste un immense infundibulum pharyngé qu'il est impossible de fermer.

Le malade reporté dans son lit est placé dans le décubitus latéral. Pendant la journée, il s'écoule par la bouche et la plaie pharyngée du sang avalé pendant l'opération.

Pas de nourriture pendant toute la journée. On permet le soir quelques morceaux de glace pour humecter la bouche. Température 38°.

Dans la nuit, plusieurs fois accès de dyspnée et cyanose qui cèdent à l'écouvillonnage de la trachée.

25 octobre. — T. 37°,8. Le malade respire facilement, les bords de la plaie sont tuméfiés et présentent une coloration violacée. Champagne en petite quantité, donné par la sonde œsophagienne. T. 38°,4.

Le 27. — Le malade accuse un point du côté droit. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est diminué de ce côté. La plaie est enflammée, les points de suture de la trachée ont cédé sur tout le pourtour et celle-ci s'est abaissée.

Dans la plaie formée par la séparation de la trachée et de la peau s'écoule du pus qui pénètre dans les voies aériennes malgré tous les pansements. T. vesp. 38°,6.

Le 28. — T. 38°. Le point de côté persiste. Pas de souffle ni de râles crépitants. La plaie est désunie sur toute l'étendue et laisse échapper un pus abondant. T. S. 38°,6.

Le 29. — T. matin 38°. A l'auscultation, on perçoit un souf-

fle du côté droit. Suppuration abondante de la plaie. Expectoration sanguinolente. Toux fréquente et pénible. T. Soir, 39°.

Le 30. — T. matin 38°,5. Le malade est cyanosé. La respiration fréquente et difficile. T. soir 38°,6.

Le 31. — T. 37°,8. Cyanose prononcée des lèvres, le malade délire, ne reconnaît personne. La trachée est descendue profondément. La plaie suppure abondamment. T. soir 38°,5.

1er novembre. — Le malade meurt à 2 heures du matin.

Autopsie. — Nous trouvons tout autour de la trachée une zone de mortification étendue en largeur, mais ne décollant pas la trachée de l'œsophage. Le corps thyroïde nous montre alors un envahissement manifeste de tout le lobe droit avec foyers de ramollisement.

Le poumon droit est dur, ne crépite plus, et montre à la coupe une hépatisation rouge de tout le lobe inférieur. Le poumon gauche est sain.

Rien au cœur.

Rien dans la cavité abdominale.

Examen de la pièce, enlevée le 24 octobre. — Cette pièce se compose de deux parties, la première représente le larynx en totalité. On y constate que la tumeur s'est développée aux dépens des replis aryténo-épiglottiques du côté gauche, formant une masse obturant presque complètement l'orifice du larynx et se prolongeant en arrière en dedans du cartilage thyroïde, qu'elle refoule en dehors.

Les cordes vocales du côté gauche sont tuméfiées et la muqueuse paraît saine dans tout le reste de son étendue. A l'extrémité, on trouve les tissus infiltrés ; au niveau du bord supérieur gauche du thyroïde, il existe en ce point un foyer de ramollissement.

La seconde pièce est constituée par l'épiglotte, l'os hyoïde et des ganglions lymphatiques, le tout formant une masse où il est difficile de retrouver les parties constituantes.

Observation III (1).

Communiquée à l'Académie par M. Périer, 18 juillet 1893. Epithélioma du larynx. Extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable. Larynx artificiel. Première récidive. Nouvelle intervention. Seconde récidive. Troisième intervention et fermeture partielle de la plaie œsophagienne. Guérison.

L... Jean, 62 ans, concierge, entre le 3 juin 1893, envoyé par un spécialiste avec le diagnostic : Epithélioma du larynx.

Antécédents. — Sa mère est morte à 73 ans d'une bronchite chronique. Son père, alcoolique, aurait eu une affection indéterminée qui aurait rendu très difficile les mouvements de déglutition.

Une sœur serait morte à 48 ans d'une affection pulmonaire. L... n'a jamais eu aucune maladie grave, si ce n'est une fracture de la clavicule consécutive à un accident.

Au mois de juin 1861 L... a eu, à la suite d'un refroidissement, une angine qui, améliorée rapidement sous l'influence du traitement, a toujours laissé subsister une certaine raucité de la voix. Cet enrouement persistant, et la déglutition étant gênée, il se décida à consulter un laryngologiste. Rien alors d'apparent au miroir, si ce n'est une certaine immobilité des cartilages aryténoï-

1. Obs. XV de la Th. de Perruchet, 1894.

des. On porta le diagnostic d'arthrite de l'articulation aryténo-cricoïdienne et l'on fit une fois par semaine des pansements intra-laryngés.

Toutefois le mal continue à faire des progrès, la voix devient sourde et voilée, le malade a une petite toux sèche et fréquente, et accuse une gêne extrême de la respiration.

L..., change alors de médecin (mai 1893), et ce dernier, après un examen approfondi au laryngoscope, porte le diagnostic d'épithélioma du larynx et l'adresse à un chirurgien.

Le 3 juin, L..., entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Périer. A ce moment le malade se plaint surtout de gêne respiratoire, il accuse des accès de suffocation très pénibles survenant de temps à autre sans cause appréciable. Ces accès vont quelquefois jusqu'à la perte de connaissance complète avec cyanose de la face. La voix est voilée, enrouée, il y a du cornage. La toux est fréquente, sèche, petite, pénible. La déglutition est douloureuse, depuis longtemps, mais depuis cinq mois il ne peut plus avaler la salive. La salivation, il est vrai, n'est pas très abondante, et la nuit elle est complètement nulle. Jamais il n'y a eu d'hémorrhagie à proprement parler ; il y a trois mois, le malade a expectoré quelques crachats striés de sang.

L..., accuse des douleurs continuelles au niveau du larynx. Cette douleur présente de temps à autre des exacerbations avec irradiation vers l'oreille gauche et de l'hémicrânie.

L'appétit toutefois est conservé, mais le malade ne mange pas à sa faim à cause de la gêne dans la déglutition.

L'état général est bon, rien aux poumons, ni au cœur, ni aux reins.

La palpation de la région du cou ne fait constater qu'un petit

ganglion situé près de l'angle gauche de la mâchoire inférieure. Le larynx est mobile, non augmenté de volume.

L'examen au laryngoscope est fait par M. Gouguenheim qui confirme le diagnostic d'épithélioma et conseille l'extirpation totale.

Le 12 juin 1893. – M. Périer, aidé par M. Picqué, chirurgien du bureau central, Orillard et moi, internes du service, procède à l'opération.

Incision en double T de la peau, dissection des lambeaux latéraux et pincement des artères, ouverture de la trachée et dissection du larynx de bas en haut, sutures.

L'opération a duré quaranre-cinq minutes et a marché régulièrement. Dans la crainte d'un aplatissement de la trachée, on a placé dans l'orifice une canule à trachéotomie ordinaire que le malade n'a pu supporter.

Durant toute la journée, le malade est froid, on peut parvenir à le réchauffer, le pouls est filiforme, incomptable, les yeux sont excavés, cependant la respiration se fait bien.

A 2 heures du matin, je suis appelé auprès de l'opéré que je trouve cyanosé et respirant à peine, cependant pas des mucosités dans la trachée ; j'y passe un écouvillon qui provoque plusieurs ffor ts de toux et bientôt tout rentre dans l'ordre. Le reste de la nuit se passe bien, on lui donne quelques gorgées de vin de Champagne au moyen d'une sonde de Nélaton introduite par l'orifice pharyngien. Température, 38°.

Le 13.—Température 37o8. Pouls, 96. Le malade se plaint d'être trop serré par le pansement qui est changé. Il boit du lait et du Champagne sans se servir de la sonde œsophagienne. On recommande au malade de se mettre dans le décubitus latéral, il s'écoule alors spontanément une certaine quantité de mucosités bronchi-

ques. Léger suintement de la plaie qui nécessite un renouvellement fréquent du pansement.

Température du soir, 38°,2. Pouls, 110.

Le 14.—Le malade déglutit facilement, il prend dans la journée 2 litres de lait, deux œufs et une demi-bouteille de Champagne. Suintement toujours abondant.

Température du soir, 38°.

Le 15.— Rougeur de la peau qui cependant est souple et indolore. On fait sourdre une goutte de pus au niveau d'un point de suture. On retire le fil et on touche ce point au naphtol camphré.

Le 16.—On laisse le malade se lever pendant deux heures. Alimentation, un litre de lait et quatre œufs, un litre de bouillon, thé au rhum, champagne.

La rougeur de la plaie tend à disparaître.

Le 18. — On retire les fils des sutures. La plaie est complètement réunie, sauf sur un des côtés de la trachée où existe un petit décollement qu'on touche au naphtol camphré.

Le 21. — Le malade mange une côtelette qu'il déglutit assez bien en fermant lui-même l'orifice du pharynx.

Le 22. — La trachée a une tendance à descendre, il se forme à son niveau une sorte d'infundibilum.

Le malade mange en notre présence, on constate que la déglutition n'est pas parfaite ; lorsque le malade a avalé les aliments, il se fait de temps à autre une sorte de régurgitation involontaire, comme si le pharynx et l'œsophage n'exécutaient pas leur mouvement péristaltique. Cependant le malade se nourrit bien. L'épiglotte, qu'on a laissée en place, n'a qu'une faible utilité et n'oblitère pas l'orifice œsophagien.

Le 28. — L'état général est parfait, la plaie cicatrisée. M.

propose un larynx artificiel actionné par une poire en caoutchouc adaptée sur un tube de verre. L'appareil est très imparfait, le malade peut cependant prononcer quelques mots. Ce qui gêne pour le bon fonctionnement de l'appareil, c'est la trop grande dimension de l'orifice pharyngien, c'est aussi ce qui rend la déglutition imparfaite.

3 juillet. — Le malade, qui est en excellent état, mange la nourriture habituelle de l'hôpital. M. Aubry lui a construit un larynx artificiel avec lequel il se fait bien comprendre.

Le 13. — Le malade quitte l'hôpital. L'orifice pharyngé a diminué d'étendue, L..., se sert très bien de son larynx artificiel.

2 octobre. — Le malade se présente dans la salle, on constate une induration au niveau de l'angle inférieur de la mâchoire du côté gauche. Il s'agit d'une récidive de cancer. L'état général est toujours bon. On propose une nouvelle intervention qui est acceptée.

Le 8. — Nouvelle intervention. Incision longitudinale au point d'union de la peau et de la muqueuse pharyngée, seconde incision transversale sur la tumeur ; on relève ainsi un lambeau et on enlève la tumeur qui adhère au pharynx, à l'os hyoïde, dont on resèque la moitié gauche et la base de la langue. La glande sous-maxillaire dont la loge a été ouverte est extirpée. Suture de la peau à la muqueuse du pharynx.

L''ouverture du pharynx est considérablement agrandie par la perte de substance, on place une sonde œsophagienne à demeure.

Un point à noter dans cette seconde intervention, c'est la facilité avec laquelle on a pu administrer le chloroforme grâce à la grosse canule de M. Périer qui, oblitérant complètement l'orifice

de la trachée, n'a pas permis l'entrée d'une seule goutte de sang.

11 octobre. — Le malade va bien, on retire la sonde œsophagienne, il se nourrit par la bouche, mais la déglutition des liquides est très imparfaite. Un petit décollement qui s'est produit dans l'angle le plus externe de la plaie est touché au naphtol camphré.

Le 13. — Le malade est guéri de sa seconde intervention, mais il se plaint des trop grandes dimensions de l'orifice œsophagien. 26 novembre, le malade réclame la fermeture de l'ouverture du pharynx. M. Périer pratique cette opération le jour même, il dédouble la peau et la muqueuse du pharynx et applique deux plans de sutures superposés.

Le premier plan au catgut est formé de points de Lembert adossant la sous-muqueuse d'un côté à la sous-muqueuse de l'autre côté. Le second plan ne comprend que la peau, il est fait au crin de Florence. On ne laisse subsister à la partie supérieure qu'un petit orifice par lequel on place une sonde œsophagienne à demeure ; on profite de cette intervention pour enlever un nouveau noyau de récidive vers l'angle de la mâchoire.

Le pansement qui recouvre la plaie se compose de ouate hydrophile recouverte de stérésol.

On constate que l'œsophage est notablement diminué de calibre.

Le 29. — Le pansement est décollé sur plusieurs points, on le retire complètement et l'on trouve que les points supérieurs de la suture ont sectionné les segments. L'orifice pharyngé est de nouveau béant quoique ses dimensions aient diminué.

Le malade se nourrit de nouveau par la bouche, sauf pour les liquides qu'il prend lui-même au moyen d'une sonde de Nélaton.

10 décembre. — Le malade est toujours dans la salle. La cicatrisation de la plaie est presque complète et il attend qu'on lui fasse une nouvelle intervention pour fermer son orifice pharyngé.

Examen de la pièce enlevée le 12 juin (*Bulletin de l'Académie de médecine*, n° 29 ; juillet 1893). Lorsqu'on examine le larynx enlevé, on reconnaît ce qu'avait indiqué l'examen laryngoscopique : la corde vocale gauche a disparu sous l'envahissement d'une tumeur faisant saillie vers l'autre corde vocale et en atteignant l'extrémité antérieure qui aurait été bientôt prise à son tour. En hauteur, la tumeur occupe à peu près la moitié supérieure de la portion sous-glottique.

Examen histologique. — Epaississement des travées fibreuses périglandulaires et du chorion entre lesquelles se trouvent de longs boyaux ou des masses lobulées composées d'éléments épithéliaux volumineux ; quelques cellules cancéreuses contiennent de figures rappelant des coccidies, mais ne présentant aucun caractère typique de la coccidie vraie. Ce sont des segmentations intra-cellulaires faciles à caractériser par un grossissement de 600 diamètres. Les cellules glandulaires sont tantôt en dégénérescence muqueuse, tantôt détruites, dissociées et non remplacées par la cellule épithéliale néoplastique pavimenteuse.

Les muscles sont détruits. Le cartilage présente une transformation muqueuse de la partie fondamentale.

La zone pathologique épithéliomateuse est strictement limitée aux tissus intrinsèques.

Le processus néoplastique n'a aucune tendance à envahir les régions avoisinantes dont les voies lymphatiques sont indemnes d'ailleurs.

Le foyer morbide paraît donc limité à la zone inflammatoire nettement conjonctive, d'où partent des tumeurs conjonctives

délimitant et renfermant les éléments pavimenteux. Ce caractère serait spécial aux néoplasies cancéreuses, primitives et intrinsèques du larynx.

Examen de la pièce enlevée le 2 octobre. — Dans cette intervention deux fragments ont été enlevés. L'un comprend la sous-maxillaire en totalité qui paraît saine. L'autre comprend une portion du pharynx, un ganglion lymphatique avoisinant l'os hyoïde, la moitié de l'os hyoïde entouré de tissu néoplasique et l'épiglotte tout entière.

Observations de tumeurs malignes du larynx traitées par l'extirpation après laryngotomie.

Statistique (1) du Dr de Santi sur les opérations de thyrotomie, pratiquées depuis 14 ans à Saint-Bartholomiews Hospital, 1895.

Thyrotomies. — Pratiquées pour tumeurs malignes.

I. — *Exploratrices.* — 1° Un cas où on se contente de faire la trachéotomie avec le tube de Hahn ; le néoplasme étant trop étendu pour l'enlever.

2° Thyrotomie exploratrice, ablation d'un fragment pour l'examen. Amélioration.

II. — *Thyrotomie dans le but d'extirper des tumeurs présumées malignes.* — Deux cas, deux guérisons.

III. — *Thyrotomie pour tumeurs sûremeut cancéreuses.* — Treize cas, dix guérisons immédiates et trois morts dans les jours qui suivent l'opération, de pneumonie.

1. *British, Médical Journal*, 1895. octobre, p. 1026.

Sur *les dix guérisons.* : cinq récidives séparées de l'opération par un intervalle de un an, un mois, deux mois, six mois, quatre ans.

Les opérés qu'on compte comme guéris sont revus deux ans, trois et quatre ans après l'opération.

Statistique (1) *portant sur les cas de thyrotomie pour cancer, pratiquée par le Dr Sémon dans sa pratique privée :*

10 cas de tumeurs malignes certaines.

Cinq guérisons sur ces cinq cas, quatre malades n'ont pas de récidive, revus deux ou trois ans après l'opération ; un à une récidive.

Cinq morts dans les jours suivant l'opération.

Observation I (2).

Épithélioma papillaire sessile du larynx, trachéo-laryngotomie en une fois ; guérison avec intégrité de la voix après quatre ans et demi.

Noël Ch..., 53 ans, m'est adressé le 15 juin 1881, par le Dr Bedel de Schirmek, pour un polype du larynx qui, dans ces

1. *The Lancet.* Déc. 1894, p. 1477.
2. *In* Thèse d'agrégation de Schwartz, 1886.

derniers temps, a, à plusieurs reprises déterminé des accès de suffocation redoublable. Je le fais entrer dans mon service de chirurgie (salle 103) le 15 juin 1881.

Jusqu'à il y a deux ans, le malade a toujours joui d'une excellente santé. En 1879, il s'enroua pour la première fois de sa vie; il ne fit guère attention à cette indisposition qu'il mit sur le compte de sa profession de postillon.

L'enrouement cependant augmente, puis peu à peu la voix se perdit entièrement. L'aphonie ayant persisté pendant près d'un an. Le malade se décida à consulter le Dr Bedel, qui constata au laryngoscope l'existence d'une tumeur végétante sur la corde vocale gauche. Il pratiqua plusieurs cautérisations, mais bientôt se manifesta une dyspnée de plus en plus inquiétante.

C'est alors que notre confrère conseilla à son client de se faire admettre à l'hôpital de Stasbourg. L'examen du malade qui est de bonne constitution, légèrement cyanosé par moments, permet de reconnaître que les organes thoraciques sont sains.

Par l'examen laryngoscopique répété à différentes reprises, on constate la présence d'une tumeur villeuse, sessile, remplissant toute la cavité du larynx et semblant s'implanter sur la corde vocale gauche dans toute sa longueur; elle masque la corde opposée dont on n'aperçoit que le bord blanchâtre dans les profondes inspirations ; l'espace glottique est fermé, sauf en arrière où l'écartement est de 2 à 3 millimètres. Cornage intense avec dyspnée considérable rendant l'examen laryngoscopique difficile.

L'extirpation paraissant impossible par les voies naturelles, vu le volume et l'implantation du polype, je me propose de faire la laryngotomie. Un fragment de la tumeur, enlevé à l'aide d'une pince, est examiné par M. P. Meyer qui y constate des globes

épidermiques et une structure analogue à celle des épithéliomas. Comme moi il est d'avis de faire la laryngotomie.

Dans la nuit du 17, le malade est pris d'une crise de suffocation très intense. La sœur du service fait une légère piqûre de morphine et applique des compresses froides sur le cou.

A la visite du matin, nouvel accès nécessitant l'opération immédiate. Trachéo-laryngotomie, le 18 juin 1881.

On commence par faire la trachéotomie au bistouri. Le malade bien que n'étant pas chloroformé ne bouge pas on fait l'incision des trois premiers anneaux et du cricoïde et on introduit une grosse canule par laquelle on anesthésie le malade au chloroforme.

Pendant qu'on l'endort, le malade se met à se tourner et à s'agiter. Ses efforts entraînent une hémorrhagie veineuse assez considérable mêlée à des crachats spumeux qui sont expulsés par la canule. Cette scène se renouvèle à chaque quinte de toux, aussi on suspend la chloroformisation.

On fait la section du thyroïde le long de son arête médiane ainsi que celle de la membrane thyro-hyoïdienne jusqu'à l'os hyoïde à l'aide de forts ciseaux. On passe alors dans chaque moitié du thyroïde un fort fil de soie destiné à redresser et à maintenir le larynx béant. La tumeur apparaît aussitôt ; elle occupe non seulement la corde vocale gauche mais encore tout le sinus de Morganhi et le ligament aryépiglottique du même côté, on l'extirpe à l'aide de ciseaux courbes ; le sinus est gratté à l'aide d'une curette tranchante.

Le polype est de couleur rosée ; sa surface est bosselée et présente en miniature l'aspect d'un chou-fleur. Pas d'hémorrhagie autre que celle qui résulte du point d'implantation de la tumeur.

Le sang s'écoule en partie par la bouche. On tamponne pen-

dant quelques instants le larynx avec de l'eau de Pagliari après avoir placé une éponge au niveau de la trachée, pour empêcher le sang de couler dans les bronches.

Le cartilage n'est pas suturé, on place la canule dans la trachée. On fait à la peau six sutures entrecoupées. On place une éponge phéniquée sur la canule.

Le soir le malade se plaint en avalant.

Le 19. — T. matin 39°,4. T. le soir, 39°4,

Respiration normale. Rien à l'auscultation de la poitrine.

Le 21. — T. matin 38°,6. T. soir 39°. Abondante sécrétion muco-purulente par la canule. Etat général satisfaisant. Alimentation liquide.

Le 22. — T. matin 38°,6. T. soir 38°,4.

Les jours suivants, l'expectoration diminue.

Le 25. — Enlèvement définitif de la canule. Température normale.

Le 30. — Etat très satisfaisant; l'opéré se lève depuis deux jours.

L'examen laryngoscopique montre que la plaie bourgeonne, la plaie extérieure est réunie sauf celle de la trachée.

Le 3 juillet. — La plaie de la trachée est presque cicatrisée ; le malade parle distinctement à voix basse. Etat très satisfaisant.

Le 6. — Je présente mon opéré à la séance générale de l'association des médecins du Bas-Rhin.

Le 7. — Un dernier examen laryngoscopique montre que la cicatrisation est à peu près complète, la glotte fonctionne très bien.

Le malade sort le 8 avec une fistulette qui se ferme au bout de huit jours.

Il a été *revu quatre ans et demi après l'opération. La voix est parfaitement revenue;* rien du côté du larynx.

Observation II (1).

Tumeurs papillomateuses de nature cancéreuse. Laryngofissure. Guérison par Kœhler (Berliner Klinische Vochenschrift, *n°* 8, *22 février 1892.*

Chez un malade de 54 ans, traité inutilement par Gerhardt, par des attouchements avec le nitrate d'argent, les inhalations et e galvano-cautère et complètement aphone, on trouve une rougeur légère de l'épiglotte peu mobile et plus élevée à droite qu'à gauche.

L'intérieur du larynx est trouvé d'un rouge vif; sur la paroi postérieure à gauche, excroissance gris-rosée, papillomateuse ; excroissances de même aspect sur les 2/3 postérieurs de la corde vocale gauche et sur toute la corde vocale droite. Au toucher avec la sonde, consistance assez ferme. Mobilité très amoindrie de la corde droite ; aphonie. Pas de dysphagie, pas de douleurs, pas d'adénopathie.

Gerhard propose la laryngo-fissuret. Kœhler accepte l'opération.

L'incision du larynx et les premiers anneaux de la trachée fut assez pénible (ossification). Ablation totale de toutes les parties malades et cautérisation énergique au galvano-cautère. Tamponnement du larynx à la gaze iodoformée et introduction à ce ni-

1. *In* thèse de Lesseigneur, 1891, Paris. Page 111.

veau de la canule Larrisson (entourée d'éponges). Au bout de 24 heures, canule ordinaire et le septième jour, décanulement définitif. Alimentation rectale. Dès le second jour, ingestion de lait.

L'extirpation eût seule pu être appliquée ici si l'on avait cru devoir recourir à une opération plus radicale en raison de la nature cancéreuse des lésions.

Quatre mois trois quarts après l'opération, le malade va bien.

Observation III

Laryngotomie pratiquée pour épithélioma de la corde vocale gauche par le Dr W. Downic. Brit. med. Journal, mars 1894.

Le malade, âgé de de 56 ans, fut examiné pour la première fois en août 1893. Il se plaignait à ce moment d'un enrouement datant de six mois environ qui commençait à le faire souffrir après être longtemps resté indolore : on constatait, à l'examen laryngoscopique, une tumeur irrégulièrement circulaire d'une couleur gris-bleu, occupant le centre de la corde vocale gauche.

Les bords libres de la corde étaient d'apparence normale.

La laryngotomie fut proposée et immédiatement acceptée. Le 20 septembre, huit jours après qu'on eut fait la tracthéomie. l'opération fut pratiquée la tumeur enlevée entièrement et la plaie cautérisée.

Quelques jours, après la canule trachéale fut supprimée. Les suites opératoires furent excellentes.

Actuellement dix-sept mois après l'opération, le malade est

aussi bien que possible. Pas de trace de récidive. Quand le malade parle la corde droite dépasse la ligne médiane et s'élève pour rencontrer le bord libre de la bande ventriculaire gauche qui joue le rôle de corde vocale.

Observation IV

Thyrotomie pour épithélioma du larynx. Succès par le Docteur David Newman Glascov Med. Journal *juin* 1891.

Malade atteint d'épithélioma de la corde vocale gauche et empiétant légèrement sur la droite. La trachéotomie amena une diminution de la tumeur et l'amélioration fut si rapide que le Docteur Newman crut qu'il s'était trompé et qu'il s'agissait de syphilis.

Le malade fut mis à l'iodure et quelque temps après il revint plus souffrant ; la tumeur avait augmenté. La thyrotomie fut pratiquée avec l'aide du Docteur Coats. Le larynx ouvert largement montra une extension de néoplasme plus étendue qu'on ne l'avait cru tout d'abord.

Le malade guérit très rapidement.

Observation V

Cancer du larynx traité par la thyrotomie par Dundos Grant, chirurgien de l'Hôpital central de Londres. British méd. Journal, *28 mars 1891.*

Homme de 50 ans présentant des symptômes d'une affection du larynx depuis 8 mois; il est aphone, a des douleurs lancinan-

tes dans l'oreille gauche ; le cartilage thyroïde est un peu épaissi à gauche et du même côté il y a un certain engorgement des ganglions carotidiens.

Au laryngoscope on constate la présence d'une tumeur au niveau des cordes vocales supérieure et inférieure gauches, tumeur nodulaire faisant saillie au-delà de la ligne médiane ; le diagnostic de cancer est fait et confirmé par l'examen histologique d'un fragment enlevé. Dans ces conditions on procède à l'opération le 25 août 1890 : trachéotomie, canule à tampon de Hahn, mise à nu et incision du cartilage sur la ligne médiane ; curettage du larynx à l'aide de la cuiller et des ciseaux, lavage au chlorure de zinc ; tout tissu malade est ainsi détruit, on saupoudre la plaie d'iodoforme, on suture le larynx et les parties molles.

Le treizième jour, la canule est enlevée, le vingt-septième le malade quitte l'hopital, six mois après, il n'y avait pas trace de récidive.

CONCLUSIONS

I. — La laryngectomie totale est devenue, grâce au procédé de M. Périer, une opération facile, son indication est formelle dans les cas de cancer extrinsèque ; elle semble discutable dans ceux de cancer intrinsèque.

II. — Parmi les complications qui peuvent la suivre, nous signalons la *rétraction et la chute de la trachée dans le médiastin* les jours qui suivent l'intervention.

III. — Pour tous les cas de cancer intrinsèque, la laryngectomie doit être précédée d'une *laryngotomie exploratrice.*

IV. — On doit s'en tenir à la laryngotomie et à l'extirpation pure et simple de la tumeur, toutes les fois que cette extirpation sera jugée possible. En somme nous croyons qu'il faut reculer les limites de la laryngotomie et restreindre celles de la laryngectomie en cas de cancer intrinsèque du larynx.

Vu par le Président de la thèse
PAUL BERGER

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1897. DEPAGE. — De la laryngectomie totale ou partielle (Annales de Soc. Belge (chirurgie), 15 février).

1896. BOND ET HARVEY. — Laryngectomie pour épithélioma guérie depuis deux ans (Lond. Lary. Soc.) 8 janvier.

1896. BRINDEL. — Thyrotomie. Th. de Bordeaux.

1896. JEANNEL. — Epithélioma du larynx, laryngectomie totale. Guérison. Archiv. de méd. de Toulouse, 15 juin.

1896. TERRIER. — De l'extirpation du larynx. Archives internationales de laryngotomie, 1896, p. 327).

1895. — La thyrotomie. Statistique des cas opérés depuis 15 ans à Saint-Barthelemew Hospital (British. med. Journal, 26 octobre).

1895. SOLIS-COHEN. — Un cas de laryngotomie totale (British. med. Journal).

1895. Laryngotomie pour tumeurs du larynx, février. (Bull. Académie de médecine).

1895. PÉAN. — *Ibid.*

1895. MAUNOURY. — Ablation du larynx (Bull. de la Soc. de chirurgie), XX, p. 858.

1894. MONGON. — Th. de Paris.

1894. PERRUCHET (laryngectomie). — Th. de Paris.

1894. SALZER. — Larynx operationen in der Klinik Billroth, 1870 à 1884 (Archiv. für klin. Chirurgie. Berlin).

1891. MOURE. — De la thyrotomie dans le cancer du larynx (Congrès français de chirurgie, Paris.

1891. PÉRIER. — Bulletin de la Société de chirurgie.

1890. POINÇONNAT. — De l'extirpation du larynx. Thèse de Paris.

1888. HOFFA. — Uber Laryngo-fissur (Berlin. klin. Wochenschrift). Resultats der laryngofissur (Centralblatt für Chirurgie).

1887. MONOD ET RUAULT. — Contribution à l'étude de la thyrotomie et de la laryngotomie pour cancer du larynx (Gaz. hebdomadaire, Paris, p. 821).

1886. BŒCKEL. — Opérations pratiquées sur le larynx (Gazette médicale de Strasbourg).

JOUVE et BOYER, Imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris